

PROGRAMA MUJER SABIA DE ILLINOIS
Consentimiento de la Participante

El propósito del Programa MUJER SABIA de Illinois (IWP, por sus siglas en Inglés) es de ayudar a identificar y a reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular (CVD por sus siglas en Inglés, también conocida como enfermedad cardíaca) a través de la educación sobre la nutrición y la actividad física. Toda la información obtenida será mantenida en forma confidencial.

Entiendo que como una participante del Programa MUJER SABIA de Illinois:

Haré una visita para examinar los siguientes: estatura, peso, nivel de colesterol, nivel de glucosa en la sangre, y la presión sanguínea. Este examen será realizado como parte de mi examen anual para el Programa de Cáncer del Seno y Cuello Uterino de Illinois (IBCCP, por sus siglas en Inglés). Por cada año que regrese para mi examen anual para el IBCCP, puedo continuar también los exámenes para el IWP.

Para revisar los niveles de colesterol y azúcar en mi cuerpo, se sacarán aproximadamente entre 2 y 2 ½ cucharadas de sangre de una vena en mi brazo. Esta prueba será gratuita.

Nueve horas antes de mi examen, permaneceré en ayuno, o sea no comeré ni beberé ninguna otra cosa que no sea agua. Me está permitido tomar medicamentos recetados con sólo un sorbo de agua.

Se me harán preguntas relacionadas con la historia de mi salud y la historia de salud de mi familia para saber si estoy a riesgo de tener una enfermedad cardíaca (CVD). Si es necesario es mi responsabilidad acudir a un médico. Aún si no es necesario, antes de empezar cualquier actividad física planeada para una rutina, entiendo que es buena idea obtener la aprobación de mi médico.

Para determinar si tengo un riesgo de contraer una enfermedad cardíaca, se me harán preguntas relacionadas a los alimentos que consumo y a mi nivel de actividad física.

Si mi presión sanguínea, mi colesterol, y/o los resultados de azúcar en la sangre no son normales, seré referida a un proveedor médico participante para un examen diagnóstico. Entiendo que el programa MUJER SABIA de Illinois pagará por este examen. Yo seré responsable por los costos adicionales que se presenten por citas y pruebas que se realicen después de la primera cita.

Entiendo que el Programa MUJER SABIA de Illinois no puede pagar por los medicamentos que el proveedor médico me recete, pero se me ofrecerá asistencia para encontrar medicamentos gratis o a un costo reducido.

Es mi responsabilidad acudir a todas las citas.

Se me ofrecerá inscripción a un curso de 4 sesiones semanales que se enfocarán en la nutrición y la actividad física. Durante el curso de este programa, tendré la oportunidad de hablar por teléfono con un facilitador de cambio de estilo de vida. El propósito de estos contactos es el de ayudarme a mantener un comportamiento de vida saludable para reducir y/o prevenir los factores de riesgo de contraer una enfermedad cardíaca.

Entiendo que si tengo cualquier pregunta, puedo llamar a Winnebago County Health Department al (#) _____ (815)972-7250 _____ o al Coordinador/a del Programa MUJER SABIA de Illinois en el Departamento de Salud Pública de Illinois al 217-524-6088.

Yo entiendo la información de este consentimiento y estoy de acuerdo en participar en el Programa MUJER SABIA de Illinois.

Firma de la participante Fecha

Testigo/a Fecha

Nombre de la participante en letra de molde

Nombre del/de la testigo en letra de molde